.

2022 Amerikan Kalp Birliği (AHA)/Amerikan Kardiyoloji Koleji (ACC)/Amerika Kalp Yetersizliği Birliği (HFSA) Kalp Yetersizliği Yönetimi Kılavuzu'nun anahtar noktaları

Dr. Selda Murat

2022 Amerikan Kalp Birliği (AHA)/Amerikan Kardiyoloji Koleji (ACC)/Amerika Kalp Yetersizliği Birliği (HFSA) Kalp Yetersizliği Yönetimi Kılavuzu'nun anahtar noktaları

Dr.Öğr. Üyesi Selda MURAT

1. Kalp yetersizliği (KY), sol ventrikül fonksiyonunu geniş bir yelpazede kapsar. Yeni tedavi kılavuzları, KY'nin tüm bu spektrumunu ele almaktadır.
   KY sınıflandırması şu şekildedir:
   DEF-KY (düşük ejeksiyon fraksiyonlu KY): SolV EF ≤%40 olanlar ;
   TEF-KY (toparlanmış EF'li KY): Önceki SoLV EF ≤%40 olup takip ölçümlerinde LVEF >%40 olanlar;
   HEF-KY (hafif azalmış EF'li KY): SolV EF %41-49 arasında olanlar;
   KEF-KY (korunmuş EF'li KY): SolV EF ≥%50 olan olgular.
   Mevcut KY olan veya önceden KY tanısı olan hastaların tümü EF'den bağımsız olarak kılavuza uygun medikal tedavi (KUMT) için düşünülmelidir.
2. Kılavuza uygun medikal tedavi dört sınıfı içerecek şekilde genişlemiştir:
   1) Anjiyotensin reseptör-neprilisin inhibitörleri (ARNi) veya anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEi) ile renin-anjiyotensin sistemi inhibisyonu (RASi) veya tek başına anjiyotensin (II) reseptör blokerleri (ARB);
   2) Beta blokerler;
   3) Mineralokortikoid reseptör antagonistleri (MRA);
   4) Sodyum-glukoz kotransporter-2 inhibitörleri (SGLT2i).
   DEF-KY'de morbidite ve mortaliteyi azaltmak için birinci basamak RASi olarak artık ARNi önerilmektedir (Öneri Sınıf 1a). ARNi'nin uygun olmadığı durumlarda ACEi, ACEi intoleransı olan olgularda ve ARNi'nin uygun olmadığı durumlarda ARB önerilir. ACEi veya ARB'yi tolere eden ve semptomatik olan DEF-KY'li hastalarda, morbidite ve mortalitede daha fazla azalma sağlayabilmek için bu tedavilerin ARNi ile değiştirilmesi önerilir.
3. Kalp yetersizliğinde SGLT2i kullanımı ile ilgili yeni önerilerde bulunumuştur. Kronik DEF-KY'li semptomatik hastalarda, hastaneye yatışı ve kardiyovasküler mortaliteyi azaltmak için tip 2 diyabetin varlığından bağımsız olarak SGLT2i kullanımı önerilir (Öneri Sınıfı 1a). SGLT2i ayrıca HEF-KY ve KEF-KY'li hastalarda da faydalı olabilir (Öneri Sınıfı 2a).
4. Toparlanmış EF'li KY hastalarının yönetimine ilişkin çok az veri olsa da, küçük, randomize bir çalışma (TRED-HF), KUMT'un kesilmesinden sonraki 6 ay içinde yüksek oranda dilate kardiyomiyopati nüksü (%44) olduğunu bildirmiştir. Bu nedenle, asemptomatik olgularda dahil olmak üzere toparlanmış EF'li hastalarda, KY nüksünü ve LV işlev bozukluğunu önlemek için KUMT'a devam edilmesi önerilir.
5. Yüksek maliyetli tedaviler (<60.000$/ Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılı) ARNi, ACEi, ARB, beta bloker, MRA, Afrika kökenli Amerikalılarda hidralazin ve izosorbid dinitrat, implante edilebilir kardiyoverter-defibrilatör (ICD) ve kardiyak resenkronizasyon tedavisini (KRT) içerirken, SGLT2i ve kalp transplantasyonu orta derece maliyetlidir. Amiloidozis için tafamidis kullanımı düşük maliyetli olarak tanımlanırken (>180.000$/ Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılı), mekanik dolaşım desteği ve pulmoner basınç monitörizasyonunun maliyeti belirsizdir.
6. Amiloidoz şüphesi olan hastalar için monoklonal hafif zincir analizi yapılmalı ve negatifse, transtiretin amiloidoz varlığını doğrulamak için kemik sintigrafisi yapılmalıdır. Herediter amiloidozu vahşi tipten ayırt etmek için transtiretin amiloidozlu hastalarda genetik test yapılması önerilir. Kardiyovasküler morbidite ve mortaliteyi azaltmak için vahşi tip veya herediter transtiretin amiloidozu olan seçilmiş hastalarda tafamidis önerilir (Öneri Sınıfı 1a). Kardiyak amiloidoz ve atriyal fibrilasyonu olan hastalarda inme riskini azaltmak için antikoagülasyon kullanımı makuldur (Öneri Sınıfı 2a).
7. KY'nin belirti ve bulguları nonspesifik olabilir. Bu nedenle, EF >%40 olduğunda KY tanısının doğrulanması için invaziv (hemodinamik) veya non-invaziv (görüntüleme yöntemleri ile diyastolik fonksiyon değerlendirmesi, natriüretik peptid) yöntemlerle dolum basıncının arttığını gösteren destekleyici kanıtlar gereklidir.
8. İleri evre KY hastalarının (bakımın amaçlarına uygunsa) KY yönetiminin gözden geçirilmesi ve ileri KY tedavilerine uygunluğun değerlendirilmesi için özelleşmiş KY merkezlerine zamanında sevk edilmesi önerilir.
9. KY, ACC/AHA'nın KY A-D evrelemesinde vurgulandığı gibi ilerleyici bir hastalıktır. Yeni terminoloji, "riskli olanlar" ve "KY öncesi" tanımlarını içermektedir. Yaşam tarzı değişikliği, tarama, risk faktörlerinin ve komorbiditelerin yönetiminden oluşan birincil koruma stratejileri, KY için riski olan olgular (Evre A) veya KY öncesi (Evre B) olgular için önerilir.
10. KY hastalarında komorbiditelerin yönetimi faydalı olabilir. Yeni kılavuz, kalp yetersizliği ile birlikte anemi, demir eksikliği, hipertansiyon, uyku bozuklukları, tip 2 diyabet, atriyal fibrilasyon, koroner arter hastalığı ve malignitesi olan seçilmiş hastalar için öneriler sunmaktadır.